

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 187

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix ZURETTI

Externe des Hôpitaux

Né à Guelma, le 14 avril 1888

HYPERESTHÉSIE TRIFACIALE

PARTICULIÈREMENT SUS-ORBITAIRE

DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Président : M. LETULLE, professeur

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27

===== PARIS 1920 =====

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

101

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° 27

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix ZURETTI

Externe des Hôpitaux

Né à Guelma, le 14 avril 1888

HYPERESTHÉSIE TRIFACIALE

PARTICULIÈREMENT SUS-ORBITAIRE

DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE



Président : M. LETULLE, professeur

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27

PARIS 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale:	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	N.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET]
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

M. le Docteur ANDRÉ BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et aidé de ses savants
conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur RÉNON (Pitié)

M. le Docteur GALLIARD (Lariboisière)

M. le Docteur DIEULAFOY (*in memoriam*)
(Hôtel-Dieu, 1908-1909)

Monsieur le Docteur P. THIÉRY
(Tenon, 1908-1909)

Monsieur le Docteur MICHON
(Cochin-Annexe, 1909-1910)

Monsieur le Docteur A. BERGE
(Broussais, 1909-1910)

Monsieur le Docteur BARBIER
(Hérolde, 1913-1914)

HYPERESTHÉSIE TRIFACIALE

PARTICULIÈREMENT SUS-ORBITAIRE

DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

PRÉAMBULE

Les méningites, particulièrement les méningites basillaires, à lésions prépondérantes à la base du crâne, et par conséquent la méningite tuberculeuse, donnent lieu couramment à des troubles divers de la sensibilité.

Parmi ces troubles, les plus fréquents, bien connus et bien décrits dans les ouvrages classiques sont les hyperesthésies sensitivo-sensorielles : photophobie (par sensibilité exagérée à la lumière), hyperacousie douloureuse (par sensibilité exagérée aux vibrations sonores intenses), hyperesthésie cutanée au tact, au chatouillement, à la douleur, à la pression, hyperesthésie des masses musculaires et nerfs inclus (douleur à la pression des masses musculaires), hyperesthésie des troncs nerveux, etc...

On recherche d'ordinaire à peu près systématiquement en clinique, en vue surtout du diagnostic de la

méningite tuberculeuse: la photophobie, plus ou moins liée à la céphalée, la douleur à la pression des globes oculaires, la douleur à la pression des masses musculaires des membres, la douleur à la pression de certaines zones cutanées ou leur sensibilité au chatouillement.

Il est assez frappant de constater que la plupart des médecins négligent de rechercher systématiquement la sensibilité exagérée, l'hyperesthésie du nerf trijumeau qui semble pourtant avoir par sa situation anatomique les plus grandes chances d'être précocement et fortement irrité, particulièrement au cours de l'évolution de la méningite tuberculeuse. Il est certain, nous l'avons soigneusement vérifié, que la plupart des ouvrages de pathologie classiques ne signalent pour ainsi dire pas, au moins spécialement, l'hyperesthésie trifaciale dans les méningites, notamment dans la méningite tuberculeuse. L'intérêt de la recherche systématique des points douloureux sus-orbitaires, sous-orbitaires et mentonniers, n'y est ni généralement indiqué, ni en tous cas mis en valeur.

Notre maître, M. le Dr Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, ayant eu l'attention attirée sur ce fait, a depuis un an environ, recherché régulièrement l'hyperesthésie trifaciale dans tous les cas de méningites qui se sont présentés à lui et l'a fait rechercher par ses élèves. Il a constaté plusieurs fois que cette hyperesthésie était manifeste, facile à apprécier et qu'elle constituait un signe notable probablement fréquent et par conséquent digne d'être recherché et mis en

valeur plus et mieux que cela n'a été fait jusqu'ici.

Il a bien voulu nous communiquer ses observations et nous autoriser à faire valoir ses idées à ce sujet dans ce court travail, en y joignant quelques documents complémentaires. Nous le remercions vivement de sa bienveillance et des conseils si éclairés qu'il nous a prodigués.

Nous nous limiterons à l'exposé essentiel des faits cliniques très simples que nous envisageons, sans nous laisser entraîner dans des considérations divergentes, ce qui nous permettra d'être assez bref.

RAPPEL SOMMAIRE D'ANATOMIE

Nous rappellerons très sommairement : 1° les rapports du trijumeau avec les méninges, dans sa portion intra-cranienne, rapports qui rendent compte de l'atteinte de ce nerf dans les affections méningées.

2° Les points d'émergence de ses branches principales, utiles à connaître pour la recherche de leur sensibilité exagérée.

Le nerf trijumeau naît de la face antérieure de la protubérance par deux racines :

La *grosse racine* (postérieure ou sensitive). Elle aboutit au ganglion de Gasser.

La *petite racine* (antérieure ou motrice). Elle passe au-dessous de la précédente ; elle ne présente aucune connexion avec le ganglion de Gasser et se rend dans la plus externe des branches de ce ganglion, le nerf maxillaire inférieur.

Chacune de ces racines possède une gaine piaie autonome, mais l'arachnoïde leur forme une gaine commune. Quant à la dure-mère, elle présente pour leur livrer passage un orifice en forme de fente transversale que ces deux racines ne comblent d'ailleurs que très incomplètement. Aussi un petit cul-de-sac

de la cavité arachnoïdienne s'insinue-t-il dans l'orifice dural.

Le ganglion de Gasser est contenu dans une loge fibreuse formée par le dédoublement de la dure-mère (*cavum Meckelii*). Il repose sur la partie interne de la face endocrânienne antérieure du rocher. Il donne naissance à trois branches nerveuses : la branche ophtalmique de Willis ou nerf ophtalmique, le nerf maxillaire supérieur, le nerf maxillaire inférieur.

1° *Nerf ophtalmique*. — Exclusivement sensitif il s'engage dans le sinus caverneux dont il suit la paroi externe, au-dessous des nerfs pathétique et moteur oculaire commun.

Avant de pénétrer dans l'orbite par la fente sphénoïdale il se divise en trois rameaux nerveux :

a) Le nerf lacrymal qui émerge à la partie externe de la paupière supérieure (Point d'émergence palpébral).

b) Le nerf frontal dont la branche externe sort de l'orbite par le trou sus-orbitaire (Point sus-orbitaire).

c) Le nerf nasal dont la branche externe sort de l'orbite près du nez, au-dessous de l'angle interne de l'œil (Point nasal) et dont la branche interne pénètre dans les fosses nasales et fournit un filet qui traverse le cartilage latéral du nez et s'épanouit au lobule du nez (Point naso-lobaire).

2° *Nerf maxillaire supérieur*. — Exclusivement sensitif, il traverse le canal sous-orbitaire et émerge

à la face par le trou sous-orbitaire (Point sous-orbitaire).

Un de ses nombreux rameaux, le nerf orbitaire donne un filet, le temporo-malaire qui traverse l'os de la pommette et s'épanouit à la joue (Point malaire).

3° *Nerf maxillaire inférieur*. — Moteur et sensitif, c'est la branche la plus volumineuse du trijumeau, il sort du crâne par le trou ovale. Ses rameaux accessibles sont :

a) Le nerf auriculo-temporal qui contourne le col du condyle, traverse la parotide et se distribue à la tempe et au pavillon de l'oreille (Point auriculo-temporal).

b) Le nerf dentaire inférieur qui émerge à la face par le trou mentonnier (Point mentonnier).

ÉTUDE CLINIQUE

Il est tout naturel que les filets nerveux des nerfs sensitifs, en particulier des nerfs craniens basilaires traversant les méninges soient excités ou irrités dans les méningites. L'hyperesthésie qu'ils présentent est la traduction de cette souffrance ; elle se manifeste d'une façon bien marquée le long des troncs nerveux ou à leurs points d'émergence superficielle.

Le trijumeau, en raison de ses rapports anatomiques avec les méninges et du trajet intra-cranien assez important de ses différentes branches (principalement de la branche ophtalmique) le long de la base du crâne, semble tout désigné pour présenter particulièrement de l'hyperesthésie.

Nous savons en effet que la méningite tuberculeuse est généralement plus accusée à la base qu'à la convexité du cerveau ; c'est pourquoi on la qualifie aussi de méningite basilaire. L'exsudat inflammatoire, formé de liquide séro-fibrineux trouble, s'accumule surtout au niveau des confluent arachnoïdiens de la base, entre les pédoncules et le chiasma. Les tubercules sont souvent plus nombreux au niveau de l'hexagone, groupés autour des artères sylviennes.

Les amas caséeux, les tubercules conglomérés de la base sont fréquents. Il est par conséquent logique de penser que l'hyperesthésie trifaciale doit exister souvent, plus ou moins prononcée au cours de la méningite tuberculeuse.

L'hyperesthésie du trijumeau est particulièrement facile à rechercher au niveau des points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier.

Le point sus-orbitaire est nettement repéré à la palpation par l'échancrure sus-orbitaire. On peut admettre que les autres points d'émergence se trouvent sensiblement sur la même verticale que le point sus-orbitaire.

Le point sous-orbitaire est situé quelquefois un peu en dedans de cette verticale, à 6 ou 10 millimètres du bord orbitaire du maxillaire supérieur.

Le point mentonnier est à 3 centimètres de la ligne médiane, à égale distance des bords supérieur et inférieur du maxillaire inférieur (pour préciser la ligne médiane, les dents peuvent servir comme points de repère).

Comme pour la plupart des signes de sensibilité, l'appréciation de l'hyperesthésie est délicate.

Les points sus-orbitaires, sous-orbitaires et mentonniers sont souvent sensibles à la pression chez l'individu sain (le sus-orbitaire surtout). Il ne faut par conséquent tenir compte pour affirmer l'hyperesthésie trifaciale que des sensibilités douloureuses très nettes. C'est dire qu'il faut apporter dans cette

recherche une certaine attention, du tact et du jugement.

La pression faite avec la pulpe de l'index doit être graduée, douce d'abord, puis moyenne tout au plus. Une pression très forte éveillerait en effet de la douleur, chez la plupart des sujets sains. Cette pression s'exercera avec la pulpe du doigt — et non avec l'ongle qui pourrait provoquer une douleur purement cutanée — aux points d'émergence faciaux que nous avons bien repérés et principalement aux points sus-orbitaires qui sont les plus intéressants et les plus faciles à interroger parce que repérés avec exactitude par l'échancrure du même nom.

La pression digitale des régions voisines est indispensable, elle servira de terme de comparaison, elle évitera d'être induit en erreur par l'hyperesthésie cutanée et permettra d'apprécier le degré d'intensité de l'hyperesthésie trifaciale.

Le malade s'il n'est pas très prostré (période de début ou d'excitation) peut nous renseigner pendant l'examen sur le siège et l'intensité de la douleur, en même temps qu'une grimace faciale est la meilleure preuve de l'hyperesthésie nerveuse. Le malade averti redoute l'examen, il recule la tête en cherchant à se dérober ou à diminuer l'intensité de la pression digitale. Souvent il se plaint et manifeste son mécontentement en disant « mais vous me faites mal ».

S'il est dans une grande prostration (période paralytique) il gémit à peine ; mais la grimace faciale

existe encore et elle est la signature de la souffrance nerveuse.

Il faut bien entendu savoir que l'hyperesthésie trifaciale n'appartient pas spécialement aux méningites. En dehors de la névralgie faciale-proprement dite (névralgie simple, névralgie épileptiforme, tic douloureux de la face) qui a une symptomatologie propre, qui se manifeste sous forme d'accès et s'accompagne de troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques ; toutes les affections de l'œil, des voies lacrymales, de l'oreille, du nez et sinus adjacents, des dents, peuvent provoquer de la névralgie faciale. Elle se rencontre également dans les ostéites de la base du crâne, dans les affections protubérantielles, dans les intoxications (plomb, mercure, nicotine) ; dans les maladies diasthésiques et infectieuses, parmi lesquelles la syphilis vient au premier rang (névralgies de la période secondaire, légères, capricieuses, s'accompagnant de céphalée violente disparaissant avec la roséole ; au lieu de (névralgies de la période tertiaire dues le plus souvent à des compressions gommeuses et s'accompagnant fréquemment de paralysies oculaires).

Le signe de l'hyperesthésie trifaciale pris en lui-même n'a donc pas de signification pathognomonique ; mais il en est ainsi pour la plupart des symptômes cliniques, sinon pour tous. On doit principalement tenir compte de leur association, des conditions étiologiques dans lesquelles ils surviennent et de leur évolution.

La constatation du signe trifacial devra être complétée par la recherche des autres signes méningés : céphalée, vomissements, constipation, troubles divers de la sensibilité déjà notés. Raideur de la nuque et signe de Kernig. Convulsions et paralysies. Etat de la température et du pouls. La ponction lombaire confirmera la valeur de tous ces symptômes et la certitude diagnostique de la méningite tuberculeuse nous sera donnée par la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

L'hyperesthésie trifaciale est un élément de plus dans un syndrome qui est loin d'être toujours clair et suffisant pour permettre un diagnostic certain ; du moins à la période initiale de la maladie ou dans certaines formes anormales si fréquentes chez les adultes par exemple.

Le signe trifacial au cours de la méningite tuberculeuse peut être précocce. Dans notre observation I, le malade présentait de la céphalalgie, un vomissement, une hyperesthésie trifaciale très nette. Les signes étaient à peine suffisants pour formuler un diagnostic ; malgré cela notre maître, M. le docteur Bergé, envisageait déjà la possibilité d'une méningite tuberculeuse, qui s'est confirmée quelques jours plus tard.

Dans toutes nos observations le signe existe au début de la maladie. C'est principalement un signe de la période d'excitation des méningites, alors que toutes les sensibilités semblent exaltées. On le

retrouve encore dans la période paralytique ; cependant la torpeur du malade est complète et la réaction de défense (grimace faciale) est beaucoup moins prononcée.

Dans notre observation V le signe est unilatéral : hyperesthésie nette du point sus-orbitaire gauche. Il coïncide avec une douleur remarquable à la pression oculaire gauche (que l'on doit considérer également comme un signe de souffrance du trijumeau) et une paralysie du moteur oculaire commun du même côté. Les lésions constatées à l'autopsie ont pu nous expliquer l'unilatéralité du signe. Le chiasma des nerfs optiques, le nerf moteur oculaire commun gauche, la protubérance étaient revêtus, entourés, d'une pie-mère très épaissie, résistante et fibroïde. A droite au contraire la pie-mère était moins congestionnée, plus mince et d'apparence presque normale. Il est vraisemblable d'admettre que les lésions de la pie-mère du côté gauche s'étendaient à la branche ophtalmique du trijumeau.

Point hyperesthésique rétro-maxillaire

Nous n'avons délibérément voulu nous occuper que de l'hyperesthésie du trijumeau, révélabile dans les méningites par la pression des trois points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. Toutefois nous ne voulons pas passer sous silence un travail

du professeur Signorelli (1), dont la mention est faite dans certains traités classiques.

Cet auteur signale comme signe constant, précoce et intensément douloureux de méningite, un point rétro-maxillaire ou auriculo-mastoïdien, situé en arrière de la mâchoire, au-dessous du lobule de l'oreille et au-devant de l'apophyse mastoïde. Ce point semble correspondre à l'émergence du nerf auriculo temporal, branche du maxillaire inférieur.

C'est par la pression qu'on éveille la douleur de ce point, qui comme tous les points de ce genre est déjà un peu sensible chez les individus sains, mais devient nettement hypéresthésique dans les états méningés ; de telle sorte que sa pression provoque souvent une grimace faciale.

Nous ne faisons que signaler ce *point douloureux rétro-maxillaire*, que nous avons seulement recherché dans un trop petit nombre d'observations. Il nous a semblé que le professeur Signorelli s'est attaché surtout à la recherche de son point d'hyperesthésie rétro-maxillaire, et qu'il n'a pas attiré l'attention sur les autres points trifaciaux dans les méningites, qui nous ont intéressé.

1. P. Signorelli, *le Point douloureux rétro-maxillaire comme signe constant et précoce de méningite* (Revista critica di clinica med. avril 1910, n° 15).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. le Dr Bergé)

D... Eugène, trente-huit ans, entre le 20 novembre 1918 à l'hôpital La Rochefoucauld, salle Ménard, pour bacillose pulmonaire.

Antécédents. — Blessé en 1915, à la tête par un éclat d'obus, sans fracture n'a pas été trépané, On aurait parlé de commotion cérébrale.

Réformé en 1916, pour congestion pleuro-pulmonaire droite avec hémoptysie légère.

Examen. — Elévation de tonalité dans la région sous-claviculaire gauche. Au sommet gauche, en arrière diminution du murmure vésiculaire, résonnance de la voix, quelques râles sous-crépitaux moyens. Respiration rude, soufflante au sommet droit.

Rien de particulier à signaler.

Température 38°1. Pas d'albumine. Etat général satisfaisant.

2 décembre. — Le malade se plaint de céphalée frontale et occipitale. La veille il a vomi à la suite d'une quinte de toux. Le diagnostic de méningite possible étant envisagé, on en recherche systématiquement tous les signes.

Pas de troubles pupillaires.

Ni raideur du cou, ni Kernig.

Réflexes normaux. Pas de Babinski.

Pas de raie méningitique.

La pression au niveau des points d'émergence du nerf frontal, du nerf maxillaire supérieur, et du nerf dentaire inférieur, éveille une réaction douloureuse très nette, tandis qu'une pression même plus forte en des points différents reste sans effet.

La température depuis l'entrée se maintient aux environs de 38 degrés.

Diagnostic porté sous toutes réserves. — Névralgie du trijumeau. Traitement : glace sur la tête et aspirine.

5 décembre. — Amélioration sensible depuis hier. Le malade ne souffre plus. Il a recommencé à manger et s'est levé aujourd'hui.

9 décembre. — Les maux de tête ont repris cette nuit, ils sont plus violents. Le malade a été très agité, il a divagué toute la nuit empêchant ses voisins de dormir. Il est couché dans son lit, les yeux fermés, inerte. Par instants grimaces faciales. L'interrogatoire est pénible, le malade a de la peine à comprendre les questions, n'y répond pas ou répond mal. Il dit ne pas souffrir, est apathique, prostré. Il a vomi dans la nuit.

La température depuis deux jours est montée progressivement à 39°4. Dans la dernière semaine amaigrissement de 3 kilos.

Pouls régulier, bien frappé à 52 pulsations par minute.

Raideur de la nuque marquée dans la flexion.

Signes de Kernig et de Brudzensky.

Raie méningitique.

Pas de troubles pupillaires.

Réflexes rotuliens normaux, pas de Babinski.

La pression au niveau des points d'émergence du trijumeau est toujours douloureuse, principalement au point sus-orbitaire.

10 décembre. — Ponction lombaire. Liquide clair, très hypertendu, hyperalbuminose presque massive, très nombreux lymphocytes, pas de bacilles de Koch.

11 décembre. — Mêmes signes cliniques, mais la prostration est complète, malade couché en chien de fusil. Babinski net à gauche avec clonus du pied.

Rétention d'urines. Légère albuminurie.

Pouls 48, régulier, petit.

Température 38°2.

Quelques sous-crépitants aux bases pulmonaires et aux sommet gauche.

Mort le 12 décembre.

13 décembre : *Autopsie*. — Adhérences pleurales dans toute l'étendue du poumon droit. Petites spéloncles aux deux sommets, quelques tubercules crétaçés au sommet gauche.

Les lobes supérieurs des deux poumons sont remplis de granulations fines.

Rien aux autres organes.

Encéphale. — Pas de traces de fracture du crâne, pas d'adhérences anormales. Trainées purulentes sur les sillons de la face inférieure du cerveau et surtout du cervelet. Granulations très nombreuses, très fines, à peines visibles à l'œil nu sur la face inférieure du cervelet.

A la coupe du cerveau rien de spécial.

Exagération du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION II (M. le D^r Bergé)

Mme M..., vingt-six ans, vue en consultation avec M. le D^r Roussel.

Antécédents. — Pleurésie de l'enfance. La malade a été soignée, il y a trois mois, pour une salpingo-ovarite de cause inconnue. Elle est allée à la campagne où son état de santé s'est beaucoup amélioré. Se trouvant guérie elle avait repris il y a quelques jours son métier d'employée des postes.

2 janvier. — Sa maladie actuelle a commencé brusquement, il y a quatre jours, par une céphalée intense qui poussait la malade à se frapper la tête pour se soulager. La photophobie est extrême, la malade porte constamment sa main devant les yeux pour se protéger de la lumière.

Vomissements incessants. Constipation opiniâtre. Pouls ralenti 72, avec quelques inégalités.

Etat fébrile (38°5).

Légère raideur douloureuse de la nuque et de la colonne vertébrale, avec douleurs lombaires tendance au Kernig.

Ventre en bateau. Raie méningitique.

La démarche est faible, un peu oscillante.

Réflexes normaux. Pas de Babinski.

Pas de douleur à la pression des masses musculaires. Douleur très vive au niveau des trois points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier à droite et à gauche, alors

que la pression des régions voisines n'est nullement douloureuse.

3 janvier. — Même état clinique, la malade a eu hier un peu d'aphasie disant une phrase pour une autre : « J'en ai plein la bête, pour j'ai mal à la tête ».

La ponction lombaire soulage la malade. Hypertension nette du liquide céphalo-rachidien qui est clair, pas de culot après centrifugation. Abondants lymphocytes. Quelques polynucléaires. Recherche du méningocoque et bacille de Koch négative.

OBSERVATION III

(M. le Dr Bergé)

J..., neuf ans (vu en consultation avec M. le Dr Bourg).
Enfant d'apparence chétive, très amaigri, aurait toujours été délicat.

Pris de malaise il y a huit jours, changement de caractère, nervosité.

Fièvre surtout depuis deux jours autour de 39 degrés.
Psychisme bien conservé, l'enfant ne se plaint pas, il accuse seulement un peu de diplopie. Il paraît peu malade.

Ni céphalée, ni vomissements.

Constipation habituelle.

Examen. — Raideur douloureuse de la nuque assez nette.

Raideur légère du dos.

Esquisse du signe de Brudzinski.

Ventre en bateau, raie méningitique.

Les pupilles sont toutes deux en grande mydriase, ne réagissant pas à la lumière. Strabisme léger.

L'hyperesthésie à la pression des deux points sus-orbitaires et des deux points sous-orbitaires est très nette. L'enfant se plaint lorsqu'on la recherche, la douleur provoque des grimaces faciales. La pression même très forte sur des points quelconques de la face n'est pas accusée comme douloureuse. Pas d'hyperesthésie aux points mentonniers.

Douleur à la pression des masses musculaires. Rien aux pœumonis. Mais toux sèche assez fréquente.

Ponction lombaire. — Très forte hypertension liquide clair, hyperalbumineux.

Lymphocytose abondante. Quelques polynucléaires. Quelques bacilles de Koch.

OBSERVATION IV

(M. le D^r Bergé)

F..., cinquante-sept ans, paveur-cimentier, entre à l'hôpital Broussais, salle Lasèque, service de M. le D^r Bergé, le 29 mai 1919.

Antécédents. — Le malade est un ancien paludéen, c'est de plus un gros buveur (consommait environ quatre litres de vin par jour). Il se sent très affaibli, depuis trois mois environ; se plaint de violents maux de tête, depuis quinze jours avec insomnie.

Perte d'appétit, constipation, a eu des vomissements.

Examen. — Obnubilation psychique (lenteur des réponses, apathie, torpeur cérébrale).

Pupilles égales, réagissant bien à la lumière.

Réflexes rotuliens normaux.

Langue sèche, saburrale.

Pouls 92, régulier. Rien au cœur.

Foyers de sous-crépitations aux deux bases pulmonaires.

Foie débordant les fausses côtes de cinq travers de doigt, avec bord dur, épaissi.

1^{er} avril. — Raideur de la nuque et signe de Kernig.

Raie de Trousseau.

Légère inégalité pupillaire.

Pouls 104, régulier.

Toujours très forte obnubilation psychique.

Ponction lombaire. — Légère hypertension, liquide clair, pas de culot, hyperalbuminose, lymphocytose et polynucléose abondante. Présence sur lame d'une douzaine de bacilles de Koch.

Hyperesthésie trifaciale très nette, la pression des points sus-orbitaires provoque une grimace douloureuse. La pression des points sous-orbitaires et des points mentonniers paraît douloureuse, mais moins vivement.

2 avril. — Même obnubilation psychique, strabisme par moment. Légère douleur à la pression des masses musculaires.

Tremblements segmentaires des doigts et des poignets au repos ou à l'occasion des mouvements.

Raideur généralisée de la tête et du cou.

Contracture très nette des fléchisseurs de la cuisse gauche empêchant l'extension complète du membre inférieur gauche,

Contracture des adducteurs des cuisses.

Réflexes rotuliens forts, pas de Babinski.

L'hyperesthésie trifaciale est toujours notable.

Pouls 120, régulier. Fièvre 38 degrés.

Décès le 4 avril. Autopsie : Lésions typiques de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION V

(M. le Dr Bergé)

P..., quarante-sept ans, acrobate, entre à l'hôpital Broussais, service de M. le Dr Bergé, dans la nuit du 13 au 14 décembre 1919.

Renseignements sur le malade. — Faisait la profession d'homme-serpent. Était grand buveur. Bronchite depuis deux ans, qualifiée de tuberculeuse. Aurait commencé sa maladie actuelle d'une façon brusque, il y a quatre jours.

Examen : le 16 décembre. — Le malade est éveillé, les yeux ouverts, mais dans un état d'obnubilation psychique très marquée. Il répond aux questions d'une façon confuse, indique vaguement qu'il a mal à la tête, n'exécute pas des ordres simples.

Depuis son entrée à l'hôpital il délire, prononce des paroles incohérentes, répète devant nous son boniment d'acrobate, gesticule. Il ne paraît pas voir la personne qui lui parle ; ne dirige pas sa main avec précision vers celle qu'on lui tend.

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Il a une paralysie du moteur oculaire commun gauche presque complète (ptosis, strabisme externe, mydriase).

Hyperacousie probable révélée par son impatience quand on parle un peu haut.

Douleur à la pression des masses musculaires,

Raideur de la nuque et du dos rendant l'auscultation impossible en arrière.

Léger Kernig.

Les réflexes tendineux sont abolis.

Pouls 129, respiration inégale, irrégulière.

Fièvre 39 degrés.

Incontinence d'urines et des matières.

Tousse un peu, crache devant lui. Forte matité sous-clavière droite avec foyer de râles sous-crépitaunts.

Hyperesthésie sus-orbitaire gauche très nette, provoquant à tout coup une grimace faciale, alors que la même pression au point correspondant du côté droit n'en provoque aucune.

Les points sous-orbitaires et mentonniers ne sont pas douloureux.

Le point rétro-maxillaire nous a paru légèrement sensible ; mais d'une façon moins nette que le point sus-orbitaire.

Ponction lombaire. — Liquide clair, très hypertendu, hyperalbuminose, polynucléaires et lymphocytes, quelques globules rouges, nombreux bacilles de Koch (quinze environ).

17 décembre. — La prostration du malade est complète. La paralysie du moteur oculaire commun gauche est moins nette.

Pupilles toutes deux en grande mydriase, ne réagissant pas à la lumière.

Vomissement de sang cette nuit (hématémèse ou hémoptysie) ?

La pression légère du point sus-orbitaire gauche est toujours douloureuse et provoque une grimace faciale et l'occlusion des paupières du même côté. La pression sur le globe oculaire gauche est également douloureuse, le malade

se plaint, alors qu'il reste indifférent à une pression de même intensité ou même plus forte sur l'œil opposé.

Le point rétro-maxillaire nous paraît à peine sensible.

Le pouls est rapide 120, la fièvre élevée 39°4, la respiration stertoreuse. Le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Encéphale : La protubérance, le chiasma des nerfs optiques, les nerfs moteurs oculaires communs, particulièrement le gauche, sont revêtus, entourés, et vraisemblablement enserrés par la pie-mère très épaissie et fibroïde.

Congestion ecchymotique de la pie-mère dans la scissure de Sylvius et présence de granulations tuberculeuses.

Ventricules latéraux distendus. Ramollissement du parenchyme cérébral autour du ventricule latéral droit.

Poumons très adhérents, congestionnés, avec au sommet droit, grosse caverne tuberculeuse. Rien de particulier aux autres organes.

CONCLUSIONS

I. — L'hyperesthésie trifaciale mérite d'être recherchée d'une façon systématique dans tous les états méningés et principalement dans les méningites tuberculeuses qui sont le plus souvent des méningites de la base.

II. — Le signe se recherche aux points d'émergence du nerf trijumeau (sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier). Il est particulièrement facile à mettre en évidence au point sus-orbitaire, qui mieux repéré que les autres points trifaciaux, nous semble avoir pour cette raison une valeur plus certaine.

III. — Le signe appartient à toutes les périodes de la maladie. Il représente au même titre que les différents signes tirés de la sensibilité, un élément de diagnostic intéressant à connaître.

Le Président de la thèse,
LETULLE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

Imp. de la Librairie A. MALOINE, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — 4440-20
